

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A LA
DEHISCENCIA DE LAS EPISIORRAFIAS EN LAS
PUERPERAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO “SAN
BARTOLOMÉ”, LIMA 2014.**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Maricela Mileni Guevara Cabello

ASESOR

Lic. Dora Nancy Rodríguez Michuy

Lima – Perú

2015

DEDICATORIA

“Dedico esta tesis a Dios y a mis padres, quienes me dieron vida, educación, apoyo y consejos. También a mis maestros y a mis amigos, quienes con su aliento, me dieron fuerzas para seguir avanzando”.

RESUMEN

Objetivo: El presente estudio se realizó para poder determinar cuales son los factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” de Lima durante al año 2014, con la finalidad de identificar las posibles causas y así poder prevenir las diversas complicaciones que podrían conllevar dicho problema. **Material y métodos:** Tipo, Observacional; Diseño, Analítico de casos y controles, retrospectivo, transversal. La técnica recolección de datos utilizada fue la documental, es decir mediante historias clínicas. **Resultados:** Encontrándose de los 500 casos de episiorrafias registrados en dicho nosocomio, sólo 38 (7.6%) puérperas presentaron diagnóstico de dehiscencia de la episiorrafia. Siendo factores de riesgo: La inducción del parto (81.6%), el expulsivo prolongado (42.1%), las variedades de posición derecha (44.7%), la primiparidad (94.7%), la realización de más de 5 exploraciones vaginales (57.9%), las episiorrafias realizadas por los internos de medicina (57.9%), la anemia (73.7%), el hábito de fumar (10.5%), la infección por VPH (8%), las infecciones genitales (5.3%) y la distocia de hombros (8%). **Conclusiones:** Los factores personales que se encuentran relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias fueron la anemia ($p<0.001$) y el hábito de fumar ($p=0.03$). Los factores ginecoobstétricos fueron la infección por VPH ($p=0.011$), las infecciones genitales ($p=0.04$), la primiparidad ($p=0.003$), la inducción del trabajo de parto ($p=<0.001$), el expulsivo prolongado ($p=<0.001$) y los desgarros ($p=0.011$). Los factores fetales fueron la distocia de hombros ($p=0.013$) y las variedades de posición izquierdas (OIDP, OIDA, OIDT) ($p=<0.001$). Los factores de atención obstétrica fueron la realización de más de 5 exploraciones vaginales durante el trabajo de parto ($p=<0.001$) y la realización de la episiorrafia por internos de medicina ($p=<0.001$) y obstetricia ($p=<0.001$).

Palabras clave: Factores de riesgo, episiorrafia, dehiscencia.

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to determine which risk factors related to dehiscence of episiorrafias in postpartum women treated at the National Teacher "San Bartolomé" Mother Child Hospital of Lima during the year 2014 with the aim of identifying possible causes so we can prevent many complications that could lead to this problem. **Material and methods:** Type, Observational; Design, Analytical case-control retrospective cross. The data collection technique used was the documentary, ie by medical records. **Results:** Meeting of the 500 cases registered in episiorrafias hospital, only 38 (7.6%) had postpartum diagnosis of episiotomy dehiscence. Being risk factors: Induction of labor (81.6%), prolonged birth (42.1%), varieties of upright position (44.7%), primiparity (94.7%), conducting more than 5 vaginal examinations (57.9%), the episiorrafias performed by internal medicine (57.9%), anemia (73.7%), smoking (10.5%), HPV infection (8%), genital infections (5.3%) and dystocia shoulders (8%). **Conclusions:** Personal factors that are related to dehiscence episiorrafias were anemia ($p < 0.001$) and smoking ($p = 0.03$). The gynecoobstetric factors were HPV infection ($p = 0.011$), genital infections ($p = 0.04$), primiparity ($p = 0.003$), induction of labor ($p = < 0.001$), prolonged birth ($p = < 0.001$) and tears ($p = 0.011$). Fetal factors were shoulder dystocia ($p = 0.013$) and the varieties of left position (OIDP, HEARD, OI DT) ($p = < 0.001$). Obstetric factors were conducting more than 5 vaginal examinations during labor ($p = < 0.001$) and performing the episiotomy by internal medicine ($p = < 0.001$) and obstetrics ($p = < 0.001$).

Keywords: Risk Factors, episiotomy dehiscence.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	3
ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓN	6
2. MATERIAL Y METODOS	19
2.1 Tipo de investigación	19
2.2 Diseño de la investigación	19
2.3 Población de estudio	19
2.4 Muestra de estudio o tamaño muestral	19
2.5 Descripción de variables	20
2.6 Técnicas e instrumentos	21
2.7 Plan de procedimiento y análisis de datos	21
2.8 Consideraciones éticas	22
3. RESULTADOS	23
4. DISCUSIONES	30
5. CONCLUSIONES	32
6. RECOMENDACIONES	33
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
8. ANEXOS.....	37
I. Operacionalización de variables	38
II. Ficha de recolección de datos	40

1. INTRODUCCIÓN

La episiotomía, es un procedimiento quirúrgico menor, considerado por algunos como un trauma perineal, que consiste en realizar una incisión en la zona del periné femenino, en la última parte del segundo periodo del trabajo de parto vaginal o durante el expulsivo¹. Diversos investigadores, como Sleep² consideran que este procedimiento, es ideal para prevenir diversos tipos de desgarros, prolapso uterino, acortamiento del parto y evitar dolor, por lo que su uso es muy variado y extendido, puesto que se practica desde un 62.5% en países como Estados Unidos, hasta un 30% en Europa; en países como Holanda se registran porcentajes del 8% mientras que en otros lo practican en un 100%; cifras muy alejadas de las recomendaciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud que fija un máximo de episiotomías del 20-30%³.

En el Perú, la episiotomía realizada a las nulíparas, es una práctica que se encuentra generalizada; en los 108 hospitales mayores del país figura que el 92.3% de las pacientes fueron sometidas a este procedimiento entre los años de 1991 y 1998, frecuencias que nos indican que las episiotomías se realizan de manera rutinaria en los centros obstétricos del país, las cuales se encuentran en aumento, en estos últimos años a casi un 100%⁴.

Debido a los argumentos anteriormente mencionados y sin datos ni estudios suficientes que avalen lo contrario, es que la episiotomía ganó aceptación en la comunidad médica y su uso se incrementó con poca evidencia científica⁴, por lo tanto las episiorrafias (reconstrucción anatómica de la pared vaginal a causa de la episiotomía) también se han incrementado de forma sistémica y rutinaria, en el parto vaginal⁵.

Esta reparación anatómica, producto de la episiotomía, generalmente se realiza teniendo en cuenta el alumbramiento completo y la estabilidad hemodinámica de la paciente, así como el buen estado de la episiotomía, para lo cual se realizan suturas reabsorbibles, sin embargo, a menudo existen problemas en este procedimiento, observándose frecuentemente la separación de la incisión quirúrgica, ocasionando en la pacientes molestias continuas⁵.

Algunos estudios han evidenciado factores de riesgo relacionados con la dehiscencia de las episiorrafias en puérperas, los que a la vez han sugerido medidas preventivas para la disminución de casos de dehiscencia, destacando:

Flores en el año 2013, en su estudio titulado “Factores de riesgo asociados a dehiscencia de episiorrafia en el Hospital Vista Alegre. Enero – diciembre 2013”, encontró que la infección y la anemia son factores de riesgo asociados con la dehiscencia de episiorrafia ⁶.

Ramírez en el año 2010, en su investigación titulada “Uso de Poligactina 910 2/0 Vs Catgut Crómico 0 en episiorrafia de pacientes primigestas. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca – 2010”, halló que el uso de catgut se presenta como un factor asociado a la mayor incidencia de dehiscencias de las episiorrafias ⁷.

Uygur y cols. En el año 2004, en su estudio “Reparación temprana de la dehiscencia de episiotomía”, observaron que la atención preoperatoria adecuada, la limpieza de la herida, el uso de antibióticos por vía intravenosa y la reparación temprana de la episiotomía son situaciones que previenen el desarrollo de una dehiscencia ⁸.

Berginc-Sormaz en el año 1999 en su investigación titulada “Dehiscencias en episiotomías” encontró que las dehiscencias fueron más frecuentes en nulíparas, en mujeres anémicas, en trabajo de parto de mayor duración, en episiotomías indicadas rutinariamente y en mujeres en las que se realizó más tactos vaginales ⁹.

En el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé, institución de nivel III especializado en la atención de salud sexual reproductiva de la madre y del niño, la cantidad de partos vaginales ha aumentado, puesto que para el año 2012 los porcentajes fueron de 62%⁴, de los cuales aproximadamente la mitad fueron pacientes nulíparas, siguiéndose en la totalidad de ellas el procedimiento de episiotomía y por ende episiorrafia. Es en este grupo de pacientes que se ha observado frecuentemente problemas a nivel de la episiorrafia, finalizando algunas de ellas en dehiscencia (entre un 3-5%). Este problema, afecta el estado de salud de la paciente, provocando en ella trauma no solo quirúrgico sino emocional, tal como lo refieren continuamente las usuarias en consulta.

Estas complicaciones, muchas veces se producen por infecciones, anemia, tipo de episiotomía, paridad, gesta, tipo de material utilizado en la sutura, profesional que

atiende, etc., sin embargo no han sido evaluadas de manera objetiva, y mucho menos identificadas en la población de estudio que acude a esta institución; es por este motivo que se plantea realizar esta investigación con la finalidad de determinar los principales factores de riesgo, para actuar desde la parte preventiva, evitando este tipo de complicación. Cabe mencionar que la población que acude a esta institución presenta características heterogéneas, propias de la región de procedencia de cada una, lo cual también podrían ser un factor causal a dehiscencia.

Además, es relevante mencionar que no existen estudios nacionales, locales y mucho menos en la institución que evalúen los factores de riesgo a dehiscencia, por lo que la evidencia científica hasta el momento respecto a este tema es escasa y poco objetiva, lo cual indica que la realización de este tipo de estudio es trascendental.

La **episiotomía** significa etimológicamente “cortar el pubis” (episeion=pubis y temmo=yo corto), es un procedimiento quirúrgico menor que consiste en realizar una incisión con tijera o bisturí en la zona del periné femenino que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, en el momento del expulsivo del parto vaginal. Tiene como objetivo principal, ensanchar el tercio inferior de la vagina, el anillo vulvar y el periné, acortando el periodo expulsivo e intentando evitar la producción de desgarros complicados en perinés muy rígidos o en vaginas muy estrechas, puesto que de entrada es una incisión recta y limpia que favorece a una mejor sutura y cicatrización que un desgarro¹⁰.

Se realiza con mayor frecuencia en pacientes nulíparas y se justifica cuando se requiere mayor espacio (distocia de hombros o parto podálico) o en casos en que, por las características del periné, se sospeche la posibilidad de una laceración perineal significativa, si no se realiza. Entre las indicaciones más frecuentes para su realización se encuentran^{11, 12, 13}.

Indicaciones maternas: nuliparidad, preeclampsia-eclampsia, hipertensión arterial, hipertensión endocraneana y patologías vasculares del Sistema Nervioso Central, hipertensión ocular, cardiopatías, neumopatías, parto instrumental

Indicaciones fetales: parto pretérmino, distocia de hombros, macrosomía fetal, presentación podálica, sufrimiento fetal agudo, variedades posteriores, presentaciones cefálicas en variedades deflexionadas y riesgo significativo de laceración mayor.

Está contraindicada su realización cuando hay relajación y flacidez del piso pélvico, piso pélvico elástico sin inminencia de desgarro durante el desprendimiento, enfermedades granulomatosas activas, condilomatosis florida con extenso compromiso vulvoperineal, fístulas recto-perineales, antecedentes de perineoplastia, cáncer ano-rectal ¹².

En cuanto a los tipos de episiotomía, de acuerdo a su posición en relación con la línea media puede ser: lateral, mediana y oblicua o medio lateral^{10, 14}.

Mediana:

La episiotomía mediana se efectúa sobre la línea media, desde la comisura vulvar posterior u horquilla vulvar hasta el esfínter anal. Esta episiotomía es menos sangrante y de fácil sutura, ya que no secciona el músculo aponeurótico, además es de buen resultado estético y no causa dispareunia, pero tiene la desventaja de que si se prolonga puede afectar el esfínter anal, el plexo hemorroidal y la propia mucosa anorrectal, provocando desgarro de tercer y cuarto grado.

Medio lateral:

La episiotomía oblicua o medio lateral es cuando la incisión se extiende desde la horquilla vulvar y penetra dentro del periné hacia abajo y afuera formando un ángulo de 45° con la línea media en dirección de la tuberosidad isquiática. Este tipo de incisión se recomienda cuando hay evidencia de macrosomía fetal o el periné es poco amplio. A pesar de que el proceso de cicatrización y de reparación de la incisión es mayor y en ocasiones se puede presentar dispareunia, tiene como ventaja el de extenderse con poca frecuencia hasta el esfínter anal.

Respecto a la **técnica**, la episiotomía se debe practicar cuando la cabeza aparece en la vulva, es decir, cuando la presentación se apoya en el periné en el cuarto plano de Hodge. Sin embargo, existen muchas diferencias en cuanto al tipo de episiotomía, las

cuales deben ser consideradas al evaluar los riesgos y beneficios de cada una de ellas, pues de ello dependerá la presencia de posibles complicaciones¹¹.

La técnica de episiotomía incluye los siguientes procedimientos^{15, 16}:

Informar a la parturienta en que consiste el procedimiento que se le va a realizar.

Revisar la Historia Clínica: asegurarse que no haya alergia conocida a la lidocaína o similares.

Evaluar si el periné es corto, si está muy tenso, si existen várices o condiloma acuminado.

Preparar una jeringa estéril con anestésico local: generalmente con 10 mililitros de lidocaína (xiloidina) al 2% sin epinefrina y aguja número 22 o 21 de una pulgada y media de largo.

Proteger la cabeza fetal del riesgo de inyectar la anestesia en la misma: colocar dos de sus dedos entre la cabeza del bebé y el periné.

Insertar toda la aguja desde la horquilla por debajo de la mucosa vaginal, por debajo de la piel del periné y profundamente en el músculo perineal: Antes de aplicar el anestésico, jalar el émbolo de la jeringa para asegurarse que no ha pinchado ningún vaso sanguíneo. Inyectar el anestésico en forma simultánea al retiro de la aguja, asegurarse que el anestésico se administre en todo el recorrido de la misma.

Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar el corte: es preferible, si usted no está capacitado en la sutura de laceraciones de tercer o cuarto grado, realizar una episiotomía medio lateral. Si está capacitado realizar una episiotomía mediana porque es menos sangrante, es más rápida de suturar y el dolor es menor en el puerperio.

Realizar el corte del periné: es mejor realizarlo en el momento que el periné está más delgado y presionado por la cabeza fetal. Antes de realizar el corte coloque dos dedos entre el periné y la cabeza fetal.

Ampliar el corte en la pared vaginal en unos 5 centímetros: la razón de esta ampliación es evitar posibles lesiones de vagina que puedan ser más difíciles de suturar. Siempre debe proteger la cabeza fetal de lesiones con la tijera.

Presionar firmemente con una gasa estéril hasta la salida de la cabeza fetal: con este paso se busca reducir el volumen de la pérdida de sangre y evitar que se desgarre.

Las **complicaciones** inmediatas más frecuentes de una episiotomía son: hemorragia, desgarros, hematoma, edema, infección.

Las complicaciones tardías son: dolor perineal con o sin vida sexual (dispareunia), procesos adherenciales vaginales o bridas, endometriosis sobre cicatriz de episiotomía, quiste de glándula de Bartholin por sección del conducto excretor, fístulas recto vaginales ¹⁷.

La **episiiorrafia** es la reparación de la incisión quirúrgica del periné que se realiza al final del segundo periodo del parto ¹². La reconstrucción de la incisión debe hacerse respetando al máximo la anatomía, para mantener íntegramente la función de los músculos y evitar la formación de cicatrices patológicas ¹⁰. Actualmente las evidencias demuestran que este procedimiento debe ser restrictivo y no rutinario ¹⁶.

La **técnica de episiiorrafia** se realiza una vez completado el alumbramiento y verificada la estabilidad hemodinámica de la paciente, asimismo, se debe tener presente que una buena episiiorrafia es la que sigue a una buena episiotomía. La introducción de gasas u otros materiales en vagina son recomendables para producir hemostasia durante la realización de este procedimiento, sin embargo la posibilidad de dejarlos “por olvido”, causa serias molestias a la paciente y son expuestas a cuadros infecciosos, por lo que es importante retirarlo una vez culminado el procedimiento ¹⁰.

El uso de hilos de material de absorción rápida, derivados del ácido poliglicólico y similares son recomendables, ya que tienen un periodo de resistencia útil de unos 12 días (vicryl, vicryl rapid, dextron, safil, PGA, etc.), aunque hay evidencias de una mayor tasa de dehiscencias leves a moderadas que con el uso de materiales de reabsorción rápida, no obstante ofrecen como beneficio una adecuada fuerza de tensión entre los bordes, durante un tiempo medio suficiente para minimizar la reacción tisular ¹⁰.

En la práctica se utilizan las suturas reabsorbibles como Catgut crómico o vicryl.

La técnica de episiorrafia incluye los siguientes procedimientos¹⁵:

Antes de proceder se debe esperar a la expulsión de la placenta y su revisión.

Después se realiza nuevamente la antisepsia de la región, el cambio de los paños del campo operatorio y la revisión del canal del parto por la posible presencia de desgarros del cuello uterino.

Reparación por medio de la episiorrafia con adecuada hemostasia y restauración anatómica de los tejidos, teniendo especial cuidado en el afrontamiento de los tejidos iguales a ambos lados de la incisión.

Cerrar la mucosa vaginal mediante sutura continua con catgut crómico N° 2.00.

Comenzar la reparación cerca de 1 cm del ápice (parte superior) de la episiotomía y seguir la sutura hasta el nivel de la abertura vaginal juntando los bordes cortados, lo cual logra menor tasa de dehiscencia y menor dolor en la reparación de la vagina.

Se lleva la aguja por debajo de la abertura vaginal, para anudar.

Cerrar el musculo perineal mediante puntos separados con sutura 2.00 o de forma continua.

Cerrar la piel mediante puntos separados de forma continua en “U” o idealmente con sutura intradérmica.

Finalmente se aplica una solución antiséptica y se explica a la usuaria el tipo de sutura utilizada y los cuidados e higiene para evitar la infección.

Las **complicaciones de la episiorrafia** pueden ser inmediatas, mediatas o tardías, encontrándose^{18, 19, 24, 25}:

Complicaciones inmediatas:

Desgarros: es el aumento de extensión de la incisión.

Sangrado: se presenta en caso de episiorrafias medio-laterales practicadas precozmente y/o que se prolongan.

Hematomas: asociados casi siempre a las episiorrafias medio laterales con prolongación. Su aparición es temprana y la sintomatología que la acompaña es característica: dolor perineal intenso y masa subyacente de crecimiento rápido. Todo hematoma que compromete la episiotomía debe drenarse de inmediato.

Dolor de la episiorrafia: cuando no está asociado a hematomas, casi siempre es de intensidad moderada a leve. Cede con analgésicos suaves o compresas frías.

Complicaciones mediatas:

Infección de la episiorrafia: aparece entre las 48 a 72 horas siguientes, su presentación es de una celulitis sintomática. Se vigila el cierre por segunda intención y se evalúan sus resultados estéticos y funcionales finales para decidir si es necesaria otra cirugía.

Dehiscencia de la episiorrafia: separación o apertura de los tejidos previamente unidos por sutura. En su mayor parte asociada a la infección de la herida.

Granulomas: se presentan con más frecuencia en el extremo vaginal, por lo que deben extirparse y su base debe ser cauterizada con ácido tricloroacético o electrocauterio.

Complicaciones tardías:

Fibrosis: son más frecuentes en las episiorrafias medio-laterales sobre todo aquellas que se prolongan y cuando se utiliza material de sutura inadecuado o en cantidad exagerada. Puede llegar a producir dispareunia.

Fístulas: aparecen como resultado de una episiotomía mediana prolongada hasta la luz rectal, en su momento inadvertida o cuya reparación fue inadecuada, o por infección secundaria.

La **dehiscencia de episiorrafia** es una complicación de la episiorrafia que se define como la separación o apertura de la herida quirúrgica o de los tejidos previamente unidos por sutura²³. A menudo cuando hay infección de la episiorrafia, las suturas desgarran los tejidos edematosos permitiendo que los bordes necróticos de la herida se abran liberando un exudado seroso, ser sanguinolento o purulento, de esta forma, se produce la dehiscencia completa de la episiorrafia, por ello esta infección y la dehiscencia están asociadas. El dolor local y la disuria, con o sin retención urinaria son síntomas habituales¹⁴.

Los **factores de riesgo** para la aparición de la dehiscencia de episiorrafia, son^{11, 14, 17}:

Factores Personales:

- Edad: Alarga los procesos de curación herida como consecuencia de la disminución de las actividades celulares.
- Obesidad: Posee un efecto negativo sobre los componentes del sistema inmune y su correcta funcionalidad, lo cual hace susceptible a infecciones alargando el proceso de cicatrización herida.
- Hábito tabáquico: Causa daño crónico en la circulación (vasoconstricción), comprometiendo la oxigenación tisular y disminución de la migración de fibroblasto por ende disminuye la fuerza de tracción de la herida y su cicatrización.
- Trastornos de la coagulación: Altera la correcta funcionalidad de la cascada de coagulación para una adecuada cicatrización.
- Anemia: La cicatrización se ve afectada debido a que no se encuentran los nutrientes y sustancias nutritivas (proteínas, vitaminas, minerales, etc), los cuales son indispensables para llevarse a cabo el proceso de cicatrización.

Factores Gineco-obstétricos:

- Nuliparidad.
- Infección por Virus del papiloma humano: Disminuye el sistema inmunológico, lo que genera una infección en la zona a suturar, por ende, aumenta el riesgo de dehiscencia.
- Inducción del trabajo de parto: Relación entre la duración del trabajo de parto y el número de tactos vaginales.
- Periodo expulsivo prolongado: Incremento del número de tactos vaginales.

- Distocia del hombro: Desgarro sobre la episiotomía si no se realiza las maniobras adecuadas.
- Hemorragia postparto excesivo: Demora en la realización de la episiorrafia.
- Macrosomía
- Variedad de posición Occipito posterior persistente.
- Trabajo de parto prolongado.
- Desgarros cervicales, de vaginal y perineales.
- Infecciones genitales previas.

Factores Institucionales:

- Exploraciones vaginales múltiples (más de 5 exploraciones).
- Partos instrumentados (Fórceps).
- Maniobras durante el trabajo de parto (Kristeller).
- Tipo de Episiotomía: mediana.
- Experiencia del profesional a realizar la episiorrafia.
- Tipo de profesional que realiza la episiorrafia.
- Material de sutura utilizado.
- Material utilizado para revisión de canal vaginal.

En cuanto a la **reparación de la dehiscencia de episiorrafia**, una vez que se hace el diagnóstico de la dehiscencia de episiorrafia, se debe realizar una inspección cuidadosa de la herida, en busca de datos de infección, cuyos signos y síntomas principales son dolor, secreción purulenta y fiebre.

Mediante sedación intravenosa o en quirófano bajo analgesia regional se debe realizar extirpación de todo el tejido necrótico, retiro de fragmentos de sutura y abertura total de la herida, con posterior irrigación copiosa de solución de iodopovidona, y solución salina estéril. Si está indicado, se administran antibióticos de amplio espectro por vía intravenosa durante la intervención y se continúan por espacio de 48 a 72 horas. La herida quirúrgica se debe curar 2 a 3 veces al día, mediante una correcta asepsia. Para disminuir las molestias de la paciente se puede aplicar jalea de lidocaína al 1% en la herida, antes de realizar el tratamiento y meperidina en caso de dolor severo.

Antes de realizar la reparación de la dehiscencia, se procede a la preparación mecánica del intestino, mediante el ayuno en la noche previa a la intervención.

La reparación se inicia una vez que la superficie de la herida quirúrgica esté libre de exudado y cubierta por tejido de granulación rosado el cual se debe retirar para lograr una buena cicatrización. La reparación se realiza por planos e incluye la reapproximación de la mucosa rectal con catgut crómico 00 a puntos continuos. El reforzamiento del tabique recto-vaginal se hará con catgut crómico 00 ó 000 a puntos separados o continuos. Los cuidados postoperatorios incluyen dieta baja en residuo, antibioticoterapia e higiene ^{14, 17}.

El Hospital San Bartolomé tiene como prioridad la prevención de enfermedades y/o complicaciones, y la promoción de la salud haciendo hincapié en el reconocimiento de factores de riesgo a diversas enfermedades, también tiene por misión el aporte a la sociedad consolidándose principalmente en la investigación, el cual desarrolla en forma permanente y continua, impulsando a los profesionales y alumnos a la búsqueda de nuevos conocimientos en favor de la sociedad, basados en lo referido con anterioridad, es que se justifica la realización de la presente investigación, puesto que al evaluar temas obstétricos como factores de riesgo se busca identificar causas que pueden ayudar a la prevención de posibles complicaciones, en este caso factores de riesgo para dehiscencia por episiorrafia en pacientes atendidas por parto vaginal.

En los resultados de este estudio se pudieron reconocer diversos riesgos que puede conllevar a una paciente a que termine por separarse la sutura de una episiotomía, ello ayudará a proponer medidas correctivas para disminuir el problema, tanto en consultorios externos como en sala de partos y prevenir complicaciones, asimismo se estimó la frecuencia de dehiscencias en la institución, lo cual evidenció de manera objetiva datos acerca de este problema y los cuales podrán poner en alerta a la comunidad médica acerca de este tema. Además con la presente se incrementó la producción científica, sirviendo como evidencia médica y permitiendo aumentar el conocimiento de los profesionales médicos, al mismo tiempo que se motiva e impulsa a la realización de otros estudios similares al tema.

Por otro lado, como profesionales de obstetricia, tenemos como deber, el brindar una atención de calidad a la usuaria que acude a consulta, puesto que dentro de la competencia de todo obstetra (Ley de trabajo N°27853), la atención integral es primordial y dentro de este cuidado, el ámbito preventivo-promocional es una de las funciones que debe de realizar la obstetra de forma continua y a cabalidad, por lo que la evaluación de este tema, permitirá actuar de forma preventiva en la población que

acude no solo al Hospital San Bartolomé sino también a otras instituciones de salud, con la única finalidad de que la usuaria sea la prioridad en atención.

Ante lo mencionado nos planteamos la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” de Lima durante al año 2014?, la cual podrá ser resuelta al cumplir con los objetivos planteados:

Definición de términos:

Factores de riesgo: Son aquellos rasgos, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Episiorrafia: Es una intervención quirúrgica que consiste en reparar la herida de la episiotomía.

Dehiscencia: Separación de la sutura de una herida quirúrgica.

Formulación de Objetivos

Objetivo general.

- Determinar los factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” de Lima durante al año 2014.

Objetivos específicos.

- Identificar los factores personales relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas.
- Determinar los factores ginecológicos relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas.
- Identificar los factores obstétricos relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas.
- Identificar los factores de la atención obstétrica relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas.

Hipótesis de la Investigación

Hipótesis de estudio

La anemia, la paridad, el tipo de episiotomía, el tipo de sutura, la infección, etc. se presentan como factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” de Lima durante al año 2014.

Hipótesis Estadísticas

Hipótesis alterna

La anemia, la paridad, el tipo de episiotomía, el tipo de sutura, la infección, etc. no son factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” de Lima durante al año 2014.

Hipótesis nula

La anemia, paridad, tipo de episiotomía, tipo de sutura, infección, etc. podrían ser factores de riesgo relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” de Lima durante al año 2014.

2. MATERIAL Y METODOS

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional

2.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Analítico de casos y controles, retrospectivo y transversal.

2.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Puérperas con episiorrafia atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” de Lima durante al año 2014.

2.4. MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL

Unidad de Análisis: Puérpera con dehiscencia de episiorrafia atendida en el consultorio de Gineco-obstetricia en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” de Lima durante al año 2014.

Tamaño Muestral: Para el estudio se tuvo en cuenta dos grupos muestrales.

Grupo caso: Constituido por 38 pacientes que acuden a consulta por dehiscencia de episiorrafia durante el año 2014.

Grupo control: Estuvo conformado 76 puérperas con episiorrafia sin dehiscencia, en relación de 1:2 al grupo de casos; es decir, por cada caso de dehiscencia de episiorrafia se tomó en cuenta a 2 casos de pacientes sin dehiscencia.

Tipo de muestreo:

Grupo caso: No se realizó un tipo de muestreo, ya que se tomó como muestra a toda la población con casos de dehiscencia, por lo que se hizo un registro censal de los casos.

Grupo Control: Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, pareado por fecha de parto y edad gestacional al momento del parto.

Criterios de inclusión

Historias clínicas de puérperas con dehiscencia de episiorrafia atendidas durante el año 2014 (**Grupo Caso**).

Historias clínicas de puérperas sin dehiscencia de episiorrafia atendidas durante el año 2014 (**Grupo Control**).

Historias clínicas de puérperas que no hayan tenido otras patologías gineco-obstétricas que alteren el término de la gestación.

Historias clínicas accesibles, legibles y datos completos.

Criterios de exclusión

Historia clínica de puérperas con dehiscencia de episiorrafia con datos incompletos.

Historia clínica de puérperas sin dehiscencia de episiorrafia atendidas en otros años.

2.5. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Independiente:

Factores de riesgo: Son aquellas circunstancias relacionadas a la características personales como la edad, el índice de masa corporal, el estado nutricional o la calidad de la piel, así como a las características ginecobstetricas, entre las cuales se encuentra la paridad, las hemorragias intraparto, infección por VPH, y las características institucionales como la experiencia del profesional, el tipo de profesional, el tipo de técnica y el material utilizado, los cuales en su conjunto predisponen a la ocurrencia de una dehiscencia por episiorrafia.

Dependiente:

Dehiscencia de la episiorrafia: Es la separación o apertura de los tejidos previamente unidos por la episiorrafia.

2.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

La **técnica** utilizada fue documental, puesto que los datos fueron recolectados a través de fuentes secundarias, es decir mediante historias clínicas, para lo cual el instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos creada por el investigador, con variables seleccionadas de los antecedentes.

El **instrumento** fue una ficha de recolección de datos, la cual no necesitó de validación, pues los datos fueron obtenidos directamente de la Historia Clínica.

2.7. PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para realizar el presente trabajo se tuvo en cuenta lo siguiente:

Se solicitó la autorización para la aprobación del protocolo de tesis por parte del comité de investigación de la Escuela Académica Profesional de Obstetricia, luego se formuló la solicitud de aprobación del proyecto a los Jefes del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé para proceder a la ejecución.

Posteriormente se coordinó con el Jefe de la Unidad de archivo del hospital para la ubicación y búsqueda de los números de las historias clínicas de aquellas pacientes que ingresaron durante el periodo que comprende el estudio (año 2014).

Se seleccionó a las pacientes según los criterios de inclusión.

Para la recolección de la información de los datos, se ha elaboró una ficha de recolección de datos, acorde a los objetivos y variables planteadas.

Luego de ello, se procedió a realizar la recolección de la información, mediante la evaluación clínica de las pacientes seleccionadas.

Finalmente, una vez recolectada la información, se procedió a la tabulación de estos datos para su posterior evaluación y análisis.

Para el análisis de los datos, se procedió a numerar cada ficha de recolección según corresponda al grupo de casos o al grupo de controles, posteriormente los datos de cada ficha se ingresaron al programa estadístico SPSS v. 21 para su análisis y procesamiento.

Para el análisis descriptivo de las variables cualitativas se estimaron frecuencias absolutas y relativas (%). Para las variables cuantitativas se estimaron medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar).

El grado de asociación entre los factores personales, gineco-obstétricos e institucionales se realizaron sobre la base del cálculo de la prueba Chi-cuadrado, con un nivel de confianza (IC) del 95%, el cual se consideró significativo cuando tenga un valor $p \leq 0.05$ y para evaluar los factores de riesgo se estimó el Odd Ratio.

Los gráficos de barras o circulares fueron creados mediante el programa Excel.

2.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Desde el punto de vista ético, al ser un estudio retrospectivo, el presente estudio se consideró sin riesgo, ya que no se realizó intervención directa sobre las usuarias. Se protegió la identidad de las participantes, no identificando nombres ni direcciones, estos datos son confidenciales e identificados solo por el número de historia. Por tal motivo se puede aseverar que en la presente investigación se cumplieron con los principios éticos médicos de beneficencia, justicia y no maleficencia.

3. RESULTADOS

Antes de Iniciar con el análisis de los factores relacionados y de riesgo para dehiscencia se caracterizara a la población estudiada; cabe mencionar que se considerará como factor de riesgo para dehiscencia a aquellos resultados que tengan una significancia (p) ≤ 0.05 , además de un Odd Ratio (OR) ≥ 1 .

Tabla N°1: Caracterización de las 114 puérperas con episiorrafia atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” durante el año 2014.

Características generales.	Prom \pm DS (Mín. - Máx.)	
Edad.	23.84 \pm 4.66 (15 - 35)	
	N	%
Menores de 20 años	23	19.7%
De 20 a 24 años	44	37.6%
De 25 a 30 años	38	32.5%
Más de 30 años	12	10.3%
Estado Civil		
Soltera	15	12.8%
Casada	21	17.9%
Conviviente	81	69.2%
Grado de Instrucción.		
Primaria	2	1.7%
Secundaria	99	84.6%
Superior	16	13.7%
Total	114	100%

Fuente: Ficha de Recolección Adhoc, 2014 (n=114)

La tabla N° 1 muestra que la población estudiada se caracterizó por tener una edad promedio de 23.9 años, encontrándose la mayoría de puérperas entre los 20 a 24 años (37.6%) y 25 a 30 años (32.5%), un estado civil conviviente (69.2%) y un grado de instrucción secundario (84.6%).

Gráfico: Incidencia de dehiscencia de episiorrafias entre las puérperas atendidas el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” durante el año 2014. (n=500)



En el gráfico se muestra que de los 500 casos de episiorrafias registrados en dicho nosocomio, solo el 38 (7.6%) de puérperas presentaron diagnóstico de dehiscencia y el 76 (92.7%) puérperas el grupo control.

Tabla N°2: Análisis de los factores personales de riesgo para la dehiscencia de episiorrafia en las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” durante el año 2014.

Grupo etáreo.	Puérperas con Episiorrafia				P	OR
	Si Dehiscencia (Grupo Casos)		No Dehiscencia (Grupo Control)			
	n	%	n	%		
Menores de 20 años	6	15.8%	16	21.0%	0.465	0.684(0.246-1.904)
De 20 a 30 años	27	71.1%	53	69.7%	0.874	1.071(0.458-2.504)
Más de 30 años	5	13.2%	7	9.2%	0.625	1.345(0.409-4.425)
IMC						
Sin Obesidad	5	13.2%	14	18.4%	0.433	0.646(0.216-1.934)
Obesidad	33	86.8%	62	81.5%		
Trastornos de Coagulación						
Si	1	2.6%	0	0%	0.148	3.135(2.403-4.090)
No	37	97.4%	76	100%		
Anemia						
Si	28	73.7%	29	38.2%	<0.001	4.573(1.949-10.733)
No	10	26.3%	47	61.8%		
Hábito de Fumar						
Si	4	10.5%	0	0.0%	0.03	3.324(2.509-4.402)
No	34	89.5%	76	100.0%		
Total	38	100%	76	100%		

Fuente: Ficha de Recolección Adhoc, 2014 (n=114: casos = 38, controles = 76)

En la tabla N° 2 se muestran las características personales de las puérperas con y sin diagnóstico de dehiscencia de episiorrafia, atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” durante el año 2014, en el cual se puede observar que: la anemia se presenta como factor de riesgo (OR = 4.573 (1.949 - 10.733)) para el desarrollo de dehiscencia de episiorrafias, puesto que existe una diferencia porcentual significativa ($p < 0.001$) entre las puérperas con dehiscencia (73.7%) y sin dehiscencia (38.2%), es decir las puérperas con anemia presentan 4.57 veces más riesgo de desarrollar una dehiscencia de la episiorrafia. Así mismo el hábito de fumar, también se presentó como factor de riesgo (OR=3.324(2.509-4.402)) para el desarrollo de dehiscencia de episiorrafias, puesto que existe una diferencia porcentual significativa ($p=0.030$) entre las puérperas con dehiscencia (10.5%) y sin dehiscencia (0%), es decir las puérperas que tuvieron hábito de fumar presentaron 3.324 veces más riesgo de desarrollar una dehiscencia de la episiorrafia.

Además se puede observar que la edad ($p=0.465$, $p=0.874$, $p=0.625$), la obesidad ($p=0.433$) y el trastorno de coagulación ($p=0.148$) no se presentaron como factores personales de riesgo para las dehiscencias de la episiorrafia, es decir los porcentajes

presentados fueron similares en ambos grupos de puérperas con y sin dehiscencia de episiorrafia.

Tabla N°3: Análisis de los factores de riesgo ginecológicos para la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” durante el año 2014.

Infección por VPH.	Puérperas con Episiorrafia				p	OR
	Si Dehiscencia (Grupo Casos)		No Dehiscencia (Grupo Control)			
	n	%	n	%		
Si	3	8%	0	0%	0.011	3.257(2.472-4.292)
No	35	92%	76	100%		
Infecciones Genitales						
Si	2	5.3%	0	0.0%	0.04	3.194(2.437-4.188)
No	36	94.7%	76	100.0%		
Total	38	100%	76	100%		

Fuente: Ficha de Recolección Adhoc, 2014 (n=114: casos = 38, controles = 76)

En la Tabla N°3 se observa que las infecciones por VPH (OR=3.257(2.472-4.292)) y las infecciones genitales (OR=3.194(2.437-4.188)) se presentaron como factores ginecológicos de riesgo para la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” durante el año 2014.

Debido a que, solo se observaron casos de infección por VPH (8%) e infecciones genitales (5.3%) en las puérperas con dehiscencia, siendo los porcentajes de ambas infecciones, entre el grupo de casos (p=0.011) y control (p=0.04) estadísticamente significativos, para asegurar que las puérperas con infección por VPH e infección genital presentan 3.257 y 3.194, respectivamente, más riesgo de dehiscencia de la episiorrafia.

Tabla N°4: Análisis de los factores de riesgo obstétricos para la dehiscencia de las episiorrafias en las púerperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” durante el año 2014.

Paridad.	Púérperas con Episiorrafia				p	OR
	Si Dehiscencia (Grupo Casos)		No Dehiscencia (Grupo Control)			
	n	%	n	%		
Primiparidad	36	94.7%	54	71.0%	0.003	7.393(1.642-33.277)
Multiparidad	2	5.3%	22	28.9%		
Inducción del Trabajo de Parto						
Si	31	81.6%	2	2.6%	<0.001	112.19(27.23-462.07)
No	7	18.4%	74	97.3%		
Periodo expulsivo Prolongado						
Si	16	42.1%	1	1.3%	<0.001	56.727(7.123-451.784)
No	22	57.9%	75	98.7%		
Hemorragia Postparto						
Si	0	0%	0	0%	-	-
No	38	100.0%	76	100.0%	-	-
Desgarros cervicales, de vagina y perineales						
Si	12	31.6%	0	0.0%	0.011	1.567(1.357-1.810)
No	26	68.4%	76	84.2%		
Total	38	100%	76	100%		

Fuente: Ficha de Recolección Adhoc, 2014 (n=114: casos = 38, controles = 76)

En la tabla N°4 se observa que los factores ginecológicos de riesgo para la dehiscencia de episiorrafia fueron la primiparidad (OR=7.393 (1.642-33.277)), la inducción del trabajo de parto (OR=112.19 (27.23-462.07)) y el periodo expulsivo prolongado (OR=56.727(7.123-451.784)).

La primiparidad se observó en el 94.7% de las púerperas con dehiscencia comparado con un 71% en las púerperas sin dehiscencia, siendo estos porcentajes estadísticamente significativos ($p=0.003$), por lo que existe 7.393 veces más riesgo de dehiscencia en las púerperas primigestas. Del mismo modo, se evidenció que un 81.6% de púerperas con dehiscencia y un 2.6% de púerperas sin dehiscencia tuvieron inducción del trabajo de parto, existiendo diferencia significativa entre ambos porcentajes ($p=<0.001$) y presentándose 112.19 veces más riesgo de dehiscencia de la episiorrafia en las púerperas con inducción del trabajo de parto. Asimismo, el periodo expulsivo prolongado se asoció con la dehiscencia ($p=<0.001$), puesto que el 42.1% de las púerperas con dehiscencia y el 1.3% de las púerperas sin dehiscencia tuvieron un expulsivo prolongado, existiendo 56.727 veces más riesgo de dehiscencia de las episiorrafias en aquellas pacientes con expulsivo prolongado.

Por otro lado, los desgarros cervicales, de vagina y perineales no se presentaron como factores de riesgo para dehiscencia.

Tabla N°5: Análisis de los factores de riesgo fetales para dehiscencia en las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” durante el año 2014.

Distocia de Hombro	Puérperas con Episiorrafia				p	OR
	Si Dehiscencia (Grupo Casos)		No Dehiscencia (Grupo Control)			
	n	%	n	%		
Si	3	8%	0	0.0%	0.013	3.171(2.411-4.172)
No	35	92%	76	100.0%		
Macrosomía						
Si	4	10.5%	3	3.9%	0.151	2.980(0.632-14.051)
No	34	89.5%	73	96.0%		
Variedad de posición						
OIDP, OIDA, OIDT	17	44.7%	6	7.9%	<0.001	9.444(3.303-27.008)
OIIP, OIIA, OIIT	21	55.3%	70	92.1%	<0.001	0.106(0.76-39.813)
Total	38	100%	76	100%		

Fuente: Ficha de Recolección Adhoc, 2014 (n=114: casos = 38, controles = 76)

En la tabla N° 5 se muestran las características fetales que se presentan como factores de riesgo para la dehiscencia de la episiorrafia en las puérperas:

Observando que la distocia de hombros se presenta como factor de riesgo (OR = 3.171(2.411-4.172)) para el desarrollo de dehiscencia de episiorrafias, puesto que existe una diferencia porcentual significativa ($p < 0.001$) entre las puérperas con dehiscencia (8%) y sin dehiscencia (0%), es decir las puérperas cuyos partos presentaron distocia de hombros presentan 3.171 veces más riesgo de desarrollar una dehiscencia de la episiorrafia. Así mismo la variedad de posición derecha se presentó como factor de riesgo (OR=9.444(3.303-27.008)) para el desarrollo de dehiscencia de la episiorrafia, puesto que existe una diferencia porcentual significativa ($p < 0.001$) entre las puérperas con dehiscencia (44.7%) y sin dehiscencia (7.9%), es decir las puérperas que presentaron una variedad de posición derecha tuvieron 9.444 veces más riesgo de desarrollar una dehiscencia de la episiorrafia.

Además se puede observar que la macrosomía ($p = 0.151$) no se presentó como factor de riesgo para la dehiscencia y que la variedad de posición izquierda se presentó como un factor protector (OR = 0.106(0.76-39.813)).

Tabla N°6: Análisis de los factores relacionados a la atención obstétrica en las púerperas con y sin dehiscencia atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” durante el año 2014.

Más de 5 tactos vaginales	Púérperas con Episiorrafia				p	OR
	Si Dehiscencia (Grupo Casos)		No Dehiscencia (Grupo Control)			
	n	%	n	%		
Si	22	57.9%	0	0.0%	<0.001	5.750(3.683-8.976)
No	16	42.1	76	100.0		
Partos instrumentados						
Si	0	0%	0	0%	-	-
No	0	0%	0	0%		
Maniobra de Kristeller						
Si	0	0%	0	0%	-	-
No	0	0%	0	0%		
Tipo de episiotomía						
Medina	0	0.0%	1	1.3%	0.486	1.487(1.310-1.689)
Medio lateral	38	100.0%	75	98.7%		
Tipo de profesional que realizó la episiorrafia						
Interno de Obstetricia	13	34.2%	53	69.7%	<0.001	0.227(0.100-0.517)
Interno de Medicina	22	57.9%	17	22.4%	<0.001	4.660(2.029-10.700)
Residente de 1er año	3	7.9%	6	7.9%	0.955	1.043(0.246-4.416)
Total	38	100%	76	100%		

Fuente: Ficha de Recolección Adhoc, 2014 (n=114: casos = 38, controles = 76)

En la tabla N°6 se puede observar que: la realización de más de 5 exploraciones vaginales se presenta como factor de riesgo (OR = 5.750(3.683-8.976)) para el desarrollo de dehiscencia de episiorrafias, puesto que existe una diferencia porcentual significativa ($p < 0.001$) entre las púerperas con dehiscencia (57.9%) y sin dehiscencia (0%), es decir en las púerperas que se realizó más de 5 exploraciones vaginales presentaron 5.750 veces más riesgo de desarrollar una dehiscencia de la episiorrafia. Así mismo el que la episiorrafia haya sido realizada por un interno de medicina se presentó como factor de riesgo (OR=4.660(2.029-10.700)) para el desarrollo de dehiscencia de episiorrafias, puesto que existe una diferencia porcentual significativa ($p < 0.001$) entre las púerperas con dehiscencia (57.9%) y sin dehiscencia (22.4%) atendidas por ellos, es decir las episiorrafias realizadas por internos de medicina presentaron 4.660 veces más riesgo de desarrollar una dehiscencia.

Además se puede observar que la episiorrafia realizada por los internos de obstetricia se presentó como un factor protector ($p < 0.001$, OR=0.227(0.100-0.517)), para las dehiscencias.

4. DISCUSIONES

Los resultados de este estudio indican que la dehiscencia de las episiorrafias se presentaron en el 7.6% de las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” durante el año 2014. En el estudio de Flores realizado en un hospital de Trujillo en el 2013, se observaron resultados similares, evidenciando una frecuencia de dehiscencia de episiorrafia del 6.7%⁶.

En el presente estudio, como factores personales de riesgo para dehiscencia de la episiorrafia se encontraron a la anemia y el hábito de fumar, debido a que sus porcentajes fueron significativamente mayores en el grupo de puérperas con dehiscencia. Resultados similares se observaron en los estudios de Flores⁶ y Snyder¹⁸, donde estas dos variables también se presentan como factores de riesgo para la dehiscencia de la episiorrafia, señalándolos como factores de riesgo asociados con la dehiscencia.

En este estudio la infección por virus del papiloma humano (VPH) se asoció significativamente ($p=0.011$) con la dehiscencia de la episiorrafia y las puérperas infectadas con este virus tuvieron 3.257 mayor riesgo de dehiscencia; lo cual coincide con lo observado por Snyder¹⁸ donde indican que el ser portadoras del virus del papiloma humano (VPH) se encontraron con mayor frecuencia entre las pacientes con dehiscencias ($p=0,026$), aludiendo que durante la gestación hay una réplica vírica acelerada por los cambios fisiológicas, lo que implicó un aumento en el tamaño de los condilomas y friabilidad de la mucosa vaginal.

En cuanto a los factores obstétricos se pudo observar que las pacientes primíparas presentaron un riesgo de 7.393 veces mayor para dehiscencia que las multíparas, sin embargo estos resultados no coinciden a los observados en los estudios de Flores⁶, Dimitrov¹⁹ y Snyder¹⁸ quienes concluyen que la paridad no se asocia ni influye, por tanto no es un factor de riesgo para la dehiscencia de la episiorrafia¹⁹. Con respecto a la duración del trabajo de parto en este estudio se demuestra que un expulsivo prolongado presenta 56.727 más riesgo de dehiscencia, lo cual coincide con lo encontrado en el estudio de Berginc-Sormaz G⁹; sin embargo en el estudio de Dimitrov¹⁹ se señala que el proceso de curación de la episiorrafia no es influenciada por la duración prolongada del expulsivo, por tanto no es un factor de riesgo para la dehiscencia de la episiorrafia.

Con respecto al número de tactos vaginales en este estudio se puede observar que el haber realizado más de cinco tactos, fue un factor de riesgo para dehiscencia, en el estudio de Berginc-Sormaz⁹ se señala que las dehiscencias fueron más frecuentes en aquellas mujeres en las cuales se realizó más tactos vaginales, sin embargo, aunque no se indica un número exacto de tactos, se puede aseverar que lo observado por ese autor es similar a los resultados presentados en esta investigación. Otra variable que se señala como factor de riesgo para dehiscencia es el tipo de profesional que realiza la episiorrafia, pese a que por la naturaleza de este estudio no se pudo determinar el tiempo de experiencia del personal que realizó esta sutura, se pudo observar que, las episiorrafias realizadas por los internos de medicina presentaron 4.66 veces más riesgo de dehiscencia, en comparación con los residentes de primer año y los internos de obstetricia, lo cual pueda deberse a la menor experiencia en la realización de episiorrafias, en comparación a estos últimos; el estudio de Dimitrov¹⁹ señala que la experiencia del obstetra fue trascendental para la cicatrización sin complicaciones de la episiorrafia.

5. CONCLUSIONES

Los factores personales que se encuentran relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” durante el año 2014 fueron la anemia ($p<0.001$) y el hábito de fumar ($p=0.03$).

Los factores ginecológicos que se encuentran relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas fueron: La infección por VPH ($p=0.011$), las infecciones genitales ($p=0.04$)

Los factores obstétricos que se encuentran relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias fueron: La primiparidad ($p=0.003$), la inducción del trabajo de parto ($p=<0.001$), el expulsivo prolongado ($p=<0.001$) y los desgarros ($p=0.011$), la distocia de hombros ($p=0.013$) y las variedades de posición derecha persistentes (OIDP, OIDA, OIDT) ($p=<0.001$).

Los factores de atención obstétrica relacionados a la dehiscencia de las episiorrafias en las puérperas fueron: La realización de más de 5 exploraciones vaginales durante el trabajo de parto ($p=<0.001$) y la realización de la episiorrafia por internos de medicina ($p=<0.001$).

6. RECOMENDACIONES

Se recomienda que durante la gestación los obstetras durante sus charlas y consejerías tengan en cuenta que la anemia y el hábito de fumar son factores de riesgo para dehiscencias y tengan una razón más para persuadir a las gestantes sobre una adecuada alimentación y los riesgos de fumar.

Se sugiere que los profesionales que realicen las episiorrafias tengan un mayor cuidado cuando realicen las episiorrafias de las púerperas que hayan sido inducidas o hayan tenido un expulsivo prolongado, pues estas dos variables se presentaron como los principales factores de riesgo para dehiscencia.

Se sugiere que el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”, brinde capacitación para la realización de episiorrafias y supervise a los internos durante las suturas de las episiotomías y/o desgarros.

Se sugiere que el personal de salud encargado de atender y evaluar a la gestante durante el trabajo de parto, realice menos de cinco tactos vaginales puesto que más de cinco exploraciones vaginales, se presentó como riesgo de dehiscencia.

Se recomienda la realización de estudios prospectivos, que permitan encuestar y evaluar a las púerperas que presentan dehiscencias de las episiorrafias para que se puedan identificar otros factores de riesgo, tales como el tipo de punto utilizado en la sutura, la experiencia del profesional que realiza la sutura, la cobertura antibiótica administrada, entre otros.

Se recomienda la réplica de este estudio en otros nosocomios con la finalidad de evaluar si en estas instituciones existen los mismos factores de riesgo para la dehiscencia de las episiorrafias.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Pérez S. Episiotomía en partos vaginales eutócicos en el Hospital Universitario “La Ribera”. Nure Investigación. 2013, 10(63): 1-6
2. Sleep J, Grant AM. West Berkshire perineal management trial: Three year follow up. BMJ. 1987; 295: 749-51
3. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Ginebra: OMS; 1996.
4. Ministerio de Salud. Análisis de la situación de salud hospitalaria. Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”. ASISHO, 2012.
5. Albino F. Uso rutinario de la episiotomía y complicaciones asociadas, en mujeres nulíparas atendidas de parto vaginal en el Hospital de apoyo Sullana. [Consultado el 5 de diciembre del 2014]. Disponible en: <http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20IV%202009/7-%20Uso%20Episiotomia.htm>.
6. Flores A. Factores de riesgo asociados a dehiscencia de episiorrafia en el hospital vista alegre. Enero – diciembre 2013. [Tesis de especialidad]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina; 2014.
7. Ramírez D. Uso de Poligactina 910 2/0 Vs Catgut Crómico 0 en episiorrafia de pacientes primigestas. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca – 2010. [Tesis de especialidad]. Cuenca: Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas; 2010.
8. Uygur D, Yesildaglar N, Kis S, T Sipahi. Reparación temprana de la dehiscencia de episiotomía. Aust NZJ Obstet Gynaecol 2004 Jun; 44 (3): 244-6.
9. Berginc-Sormaz G. Dehiscence in episiotomies. Jugosl Ginekol Opstet. 1999;19(1-2):107-12.
10. Cabero L, Saldivar D. Operatoria obstétrica: una visión actual. México: Editorial Médica Panamericana; 2009.
11. Pagés G, Martell A. Capítulo 41: Intervenciones menores. [Acceso el 2 de Diciembre del 2014] Disponible en:

http://www.fertilab.net/descargables/publicaciones/obstetricia_moderna/om_41.pdf.

12. Moreira C, Torres A. Guía didáctica para el taller: Episiotomía, episiorrafia, desgarros perineales y su reparación. Ecuador: Universidad Técnica Particular de Loja. Departamento de Ciencias de la Salud; 2013.
13. Vergara G. Episiotomía. Colombia: E.S.E. Clínica Rafael Calvo; 2009. Disponible en: <http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/EPISIOTOMIA.pdf>.
14. Brooks E. Infección de Episiotomías [Tesis]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de ciencias Médicas; 1999.
15. Jiménez A. Guía de episiotomía y episiorrafia. Colombia: E.S.E. Hospital San Francisco de Asís; 2013.
16. Ministerio de Salud. Hospital Santa Rosa. Guías de Práctica Clínica Médicos Quirúrgico. Lima: Hospital Santa Rosa. Departamento de Gineco-obstetricia; 2008.
17. Secretaría de Salud. Prevención, diagnóstico y tratamiento de episiotomía complicada. México: Secretaría de Salud; 2013.
18. Snyder RR, Hammond TL, Hankins GD. Virus del papiloma humano asociado a la mala cicatrización de la episiotomía reparaciones. Obstet Gynecol. 1990 octubre; 76 (4): 664-7.
19. Dimitrov A, Tsenov D, Ganeva G. Causas de complicaciones en la cicatrización de la episiotomía. Akush Ginekol (Sofía). 2000; 40 (4): 17-20.
20. Diniz M, Dellabarba C, Alexandre S, Torloni M, Uchiyama M, Sass N. Episiotomia: revendo conceitos. FEMINA 2009;37(7): 367- 371.
21. Ministerio del Poder Popular para la salud. Protocolos de Atención. Cuidados prenatales y atención obstétrica de emergencia. 1 ed. Venezuela: Ministerio del Poder Popular para la salud; 2013.

22. Ramin SM, Ramus RM, Little BB, Gilstrap LC 3. Early repair of episiotomy dehiscence associated with infection. *Am J Obstet Gynecol.* 1992 Oct;167(4 Pt 1):1104-7.
23. Uygur D, Yesildaglar N, Kis S, T Sipahi. Reparación temprana de la episiotomía dehiscencia. . *Aust NZJ Obstet Gynaecol* 2004 Jun; 44 (3): 244-6.
24. Ontañón N. Sutura continúa frente a sutura interrumpida para la reparación del periné tras el parto. [Tesis Doctoral]. Alcalá: Universidad de Alcalá. Departamento de Especialidades Médicas, 2010. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10017/8795>.
25. Sutura secundaria en comparación con ninguna sutura para las lesiones perineales por dehiscencia después del parto (Revision Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 Issue 9. Art. No.: CD008977. DOI: 10.1002/14651858.CD008977.

ANEXOS

II. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Tipo de Variable	Escala	Indicadores	Codificación
Factores de riesgo	Son aquellas circunstancias relacionadas a la características personales como la edad, el índice de masa corporal, el estado nutricional o la calidad de la piel, así como a las características ginecobstetricas, entre las cuales se encuentra la paridad, las hemorragias intraparto, infección por VPH, y las características institucionales como la experiencia del profesional, el tipo de profesional, el tipo de técnica y el material utilizado, los cuales en su conjunto predisponen a la ocurrencia de una dehiscencia por episiorrafia.	Factores Personales	Cualitativa	Nominal	Edad	En años
					Obesidad	Si = 1 No = 2
					Antecedente de tabaquismo	Si = 1 No = 2
					Antecedente de trastornos de coagulación	Si = 1 No = 2
					Anemia	Si = 1 No = 2
		Factores Ginecoobstétricos	Cualitativa	Nominal	Paridad.	Nuliparidad=1 Multiparidad=2
					Infección por Virus del papiloma humano.	Si = 1 No = 2
					Inducción del trabajo de parto.	Si = 1 No = 2
					Periodo expulsivo prolongado.	Si = 1 No = 2
					Distocia del hombro.	Si = 1 No = 2
					Hemorragia postparto excesiva.	Si = 1 No = 2
					Macrosomía	Si = 1 No = 2
					Variedad de posición Occipito posterior persistente.	Si = 1 No = 2
					Trabajo de parto prolongado.	Si = 1 No = 2
					Desgarros cervicales, de vaginal y perineales.	Si = 1 No = 2
					Infecciones genitales previas	Si = 1 No = 2

					Tactos vaginales múltiples (más de 5 exploraciones).	Menor a 3 = 1 De 3 a 5 = 2 Más de 5 = 3
					Partos instrumentados (Fórceps)	Si = 1 No = 2
					Maniobras durante el trabajo de parto (Kristeller)	Si = 1 No = 2
					Tipo de Episiotomía: mediana, medio lateral.	Mediana = 1 Medio lateral = 2
					Experiencia del profesional.	Menos de 1 años = 1 De 2 a 4 años = 2 Más de 4 años = 3
					Tipo de profesional que realiza la episiorrafia.	Interno de Obstetricia = 1 Interno de Medicina = 2 Residente 1 = 3 Residente 2 = 4 Residente 3 = 5 Obstetra 4 = 6 Medico Asistente = 7
					Material de sutura utilizado	Vicríl = 1 Catgut Crómico = 2 Otros = 3
					Material utilizado para revisión de canal vaginal	
Dehiscencia de la episiorrafia	Es la separación o apertura de los tejidos previamente unidos por la episiorrafia.	-	Cualitativa	Nominal	Historia Clínica	Si = 1 No = 2

II. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha N°: _____

Dehiscencia de episiorrafia ()

No dehiscencia de la episiorrafia ()

Historia Clínica N°: _____

Edad de la paciente: _____

Estado civil: soltera ()

Casada ()

Conviviente ()

Separada ()

Grado de Instrucción:

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

Peso al momento del parto: _____

Talla: _____

IMC: _____

Paridad: Primípara ()

Múltipara ()

Hábito de fumar:

Si ()

No ()

Antecedente de trastorno de Coagulación

Si ()

No ()

Anemia

Si ()

No ()

Infección con VPH

Si ()

No ()

Inducción del parto

Si ()

No ()

Distocia de hombros

Si ()

No ()

Hemorragia post parto

Si ()

No ()

Trabajo de parto prolongado

Si ()

No ()

Desgarros cervicales de vagina y periné

Si ()

No ()

Infecciones genitales previas

Si ()

No ()

Parto Instrumentado

Si ()

No ()

Maniobra de Kristeller

Si ()

No ()

Macrosomía

Si ()

No ()

Variedad fetal _____

Numero de Exploraciones vaginales: Menor a 3 ()

De 3 a 5 () Más

de 5 ()

Tipo de Episiotomía:

Mediana ()

Medio Lateral ()

Experiencia profesional: _____

Tipo de profesional que realizó la episiorrafia: _____

Material utilizado para la sutura: _____